

能源补助计划

前身为低收入者优惠计划 (Low-Income Discount Program)

如果您从以下合格的政府援助计划获得福利，也可能有资格获得每月能源账单折扣。

| 如果有机构通知我们您从以下计划获得福利，您将会自动注册本计划： | 如果您仅从以下计划中获得福利，则必须申请注册： |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> — 家庭能源援助计划 (Home Energy Assistance Program, HEAP) — 补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) — 纽约市 SNAP, 韦斯特切斯特 SNAP — 社会安全生活补助 (Supplemental Security Income, SSI) — 直接供应商或公用事业担保计划 — 贫困家庭临时援助 (Temporary Aid to Needy Families, TANF) — 纽约市 TANF; 韦斯特切斯特 TANF — 安全网络援助 (Safety Net Assistance SNA) — 纽约市 SNA, 韦斯特切斯特 SNA <p>*您可以在账单第 1 页的“调整信息” (Adjustment Information) 下查看注册状态。</p> | <ul style="list-style-type: none"> — Medicaid — 联邦公共住房援助 — 退伍军人养老金和遗属津贴 — 普济电话服务计划 (Lifeline Telephone Service Program, Lifeline) <p>如果生活在部落土地上：</p> <ul style="list-style-type: none"> — 印第安事务局一般协助计划 (Bureau of Indian Affairs General Assistance) — Head Start — 部落 TANF — 印第安人保留区的食品发放计划 (Food Distribution Program on Indian Reservation, FDPIR) |

如何提交表格和所需文件

1. 在 conEd.com/EAP 上在线填写您的能源补助计划 (Energy Affordability Program) 申请。
2. 找到证明您参与至少一项合格计划的批准函或所需文件。
3. 您可以将您的申请和参与证明的副本通过电子邮件、传真或邮寄的方式寄送至：

*您还可以在我们的接待中心提供证明并完成申请。

电子邮箱： EAP@conEd.com
传真： 1-212-844-0110
邮寄地址： Energy Affordability Program
 Con Edison, PA Central
 4 Irving Place, 9 Floor, Box 34
 New York, NY 10003



Tanpri fè yo tradwi mesaj enpòtan sa a.
 Proszę o przetłumaczenie tej ważnej wiadomości.
 Попросите перевести это важное сообщение.
 이 중요 메시지를 번역해주시기 바랍니다.

請完成此重要訊息的翻譯。
 Por favor, este mensaje debe traducirse.
 يُرجى ترجمة هذه الرسالة الهامة.
 ביטע זעצט איבער דעם וויכטיגן מעסעדזש.

能源补助计划申请

如果您从政府援助计划获得福利，也可能有资格获得折扣。
请填写此表格，并通过电子邮件、传真或邮寄将表格连同您的证明文件一起返回给我们。

| | |
|-----------|-----------------|
| 客户/账户所有者： | 合格受益人（如果与客户不同）： |
| 邮寄地址： | 公寓/单元号（如适用）： |
| 城市： | 州： 邮编： 电话： |
| 账号： | 电子邮箱： |

合格援助计划

请选择您已注册的合格援助计划。您必须至少注册一个计划才有资格享受此折扣。

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 家庭能源援助计划 | <input type="checkbox"/> 公用事业担保/直接供应商计划 |
| <input type="checkbox"/> 普济电话服务计划 | <input type="checkbox"/> 贫困家庭临时援助 |
| <input type="checkbox"/> 补充营养援助计划 | <input type="checkbox"/> 安全网络援助 |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> 印第安事务局一般协助计划（如果生活在部落土地上） |
| <input type="checkbox"/> 退伍军人养老金和遗属津贴 | <input type="checkbox"/> Head Start（如果生活在部落土地上） |
| <input type="checkbox"/> 社会安全生活补助 | <input type="checkbox"/> 部落 TANF（如果生活在部落土地上） |
| <input type="checkbox"/> 联邦公共住房援助 | <input type="checkbox"/> 印第安人保留区的食品发放计划（如果生活在部落土地上） |

资格要求

为证明参与了上述计划之一，客户必须提交批准函或相关文件，其中包括其姓名或合格受益人（Benefit Qualifying Person, BQP）的姓名、合格计划名称，以及签发该文件的政府、部落实体或计划管理员。所有文件的签发日期必须在过去 12 个月内，或拥有与福利期一致的未来到期日期。

如果合格受益人的姓名与 Con Edison 账户上的姓名不同，只要批准函或证明文件上的地址与账户上的地址相同，我们将接受并让客户加入该计划。

客户/合格受益人认证和授权

（如果客户基于合格受益人的合格计划注册进行申请，则客户和合格受益人均须在下面签名。）

我证明以上信息正确无误。通过签署此表格，我允许 Con Edison 与第三方共享并向其验证我在此计划的申请或证明文档中的信息。我还允许第三方就涉及我参与此计划和相关计划的请求，向 Con Edison 或联邦、州或地方政府的代表或机构提供相关信息或文件。此信息的共享将有助于处理我的申请，以及持续参与和遵守该计划。Con Edison 和第三方可能共享关于我的以下信息：

- 有关我的申请、计划参与和资格的信息。
- 有关公用事业、付款记录、工作经历、收入、申请状态的信息和文件，以及福利或公用事业援助的授权信息。

| | | | |
|-------|-----|---------------|-----|
| 客户签名： | 日期： | 合格受益人/签名（如适用） | 日期： |
|-------|-----|---------------|-----|